

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANOMALIES DU TYPE FÉBRILE
DANS LA
PNEUMONIE FIBRINEUSE
PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Mai 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL MADINIER

Né le 7 Août 1858, à Saint-Clair (Isère)

Ancien externe des Hôpitaux

Licencié en Droit.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mai 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANOMALIES DU TYPE FÉBRILE
DANS LA
PNEUMONIE FIBRINEUSE
PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ENFANTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Mai 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL MADINIER

Né le 7 Août 1858, à Saint-Clair (Isère)

Ancien externe des Hôpitaux

Licencié en Droit.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mai 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. RENAUT, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. DEVIC et ROLLET (Ét.) Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLRAT

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENAUT

A MES MAITRES

INTRODUCTION

Ce travail a pour but l'étude de quelques observations de pneumonies fibrineuses survenues chez des enfants et ayant présenté un type fébrile s'écartant du type classique.

L'idée de ce travail m'a été suggérée par M. le Dr Colrat, médecin des hôpitaux, qui a bien voulu mettre à ma disposition cinq observations recueillies, soit en ville, soit dans son service de la Charité.

Qu'il me permette de lui exprimer ici toute ma reconnaissance pour la bienveillance qu'il m'a témoignée, soit dans la direction de ce travail pour lequel il m'a prodigué son temps et ses conseils, soit pendant le semestre où j'ai été son externe.

Une autre observation m'a été fournie par M le Dr Leclerc, médecin des hôpitaux. Je le prie, à cette occasion, d'agréer mes plus affectueux remerciements pour l'accueil amical qu'il veut bien toujours me réserver.

Que M. le professeur Renaut me permette de lui adresser l'expression de ma respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il veut bien me faire en acceptant la présidence de ma thèse.

J'adresse également tous mes remerciements à mes Maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté, et tout spécialement à M. le professeur Maurice Pollosson dans le service duquel j'ai été externe ; M. le professeur agrégé Auguste Pollosson qui, en maintes circonstances, m'a témoigné une sympathie que je n'oublierai jamais ; M. le Dr Vincent qui s'est toujours montré d'une grande bienveillance à mon égard ; M. le Dr Adenot qui a bien voulu me guider au début de mes nouvelles études ; enfin, mon beau-frère, le Dr J. Mollard, qui m'a bien souvent aidé de ses conseils dans le cours de mes études, sait qu'il peut compter sur ma bien affectueuse reconnaissance.

J'ai recherché dans la littérature médicale ce qui avait été dit sur les anomalies du type fébrile dans la pneumonie. Le résultat de ces recherches sera consigné dans un premier chapitre.

Le chapitre II sera consacré aux observations qui font l'objet de cette étude.

Dans un troisième chapitre sera discuté le diagnostic de ces observations.

Enfin, les conclusions feront l'objet du quatrième et dernier chapitre.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANOMALIES DU TYPE FÉBRILE
DANS LA
PNEUMONIE FIBRINEUSE
PARTICULIÈREMENT CHEZ LES ENFANTS

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Parmi les symptômes qui distinguent la pneumonie fibrineuse des autres phlegmasies pulmonaires, il en est un d'une importance capitale et auquel on attribue en général un caractère presque pathognomonique : c'est le type que revêt la fièvre.

En effet le plus ordinairement la marche de la température dans la pneumonie est bien spéciale; et parfois quand les autres signes font défaut ou sont peu nets, particulièrement chez les enfants, elle aide puissamment au diagnostic.

Ascension brusque au début; période d'état pendant laquelle la température se maintient à un degré élevé avec peu ou pas de rémissions; enfin défervescence brusque, par crise, le plus souvent en douze ou vingt-quatre heures : c'est la fièvre à type continu, celle que l'on trouve décrite

par tous les auteurs comme caractéristique de la pneumonie.

Ce type classique de la fièvre est cependant susceptible d'éprouver des modifications variables depuis la fausse défervescence unique, se produisant ordinairement vers le troisième jour et signalée par beaucoup d'auteurs, jusqu'au type intermittent vrai que nous trouverons réalisé dans quelques-unes des observations qui font plus spécialement l'objet de ce travail.

Disons tout de suite que ces observations concernent des malades absolument en dehors de toute influence paludéenne et que ce n'est pas la pneumonie intermittente ou rémittente liée à l'infection palustre que nous avons en vue dans cette étude.

Grisolle¹ ne signale comme anormales que les pneumonies apyrétiques. Voici, au surplus, comment il s'exprime sur la fièvre dans la pneumonie :

« En résumé, la fièvre qui est spécialement caractérisée par l'élévation de la température et par l'accélération du pouls est un symptôme capital dans les pneumonies. L'intensité du mouvement fébrile est généralement proportionnée à l'étendue de la phlegmasie ; toutefois dans quelques constitutions, spécialement pendant certaines épidémies, on voit une fièvre intense coïncider avec des pneumonies très circonscrites. En général, et toutes choses égales d'ailleurs, la réaction fébrile est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte. Elle est surtout plus marquée que chez le vieillard.

« Quel que soit l'âge des sujets, elle est essentiellement

¹ Grisolle, *Traité de la Pneumonie*, Paris, 1864, page 262.

continue ou *continue* pour parler le langage des anciens, c'est-à-dire que son mouvement se soutient au même degré de force pendant plus ou moins longtemps. Sur 100 malades qui ont été examinés soir et matin, il y en a 72 chez lesquels j'ai constaté une ou plusieurs fois dans la soirée une augmentation plus ou moins considérable du mouvement fébrile sans nouveau frisson précurseur.

« La fièvre est la compagne si ordinaire de la pneumonie que presque tous les médecins la croient constante, indispensable en quelque sorte. J'ai longtemps partagé cette opinion, mais elle me paraît trop exclusive. Depuis la première édition de ce livre j'ai vu quelques pneumonies complètement apyrétiques; leur diagnostic ne pouvait être incertain, car elles se caractérisaient par l'expectoration rouillée, par la crépitation fine et sèche; plusieurs même étaient parvenues au degré d'hépatisation rouge et cependant la peau restait fraîche, le pouls oscillait entre 50 et 65 pulsations, la langue était presque nette et il n'existait aucun des troubles qui accompagnent communément tout état fébrile même peu intense. C'est là une anomalie, sans doute, mais elle n'est pas spéciale à la pneumonie. Il est peu de phlegmasies dans lesquelles la fièvre n'ait fait quelquefois défaut. Pour la pneumonie, la chose est plus rare sans doute, que pour toute autre; et puis en y regardant de très près, on ne peut pas dire toujours que la fièvre ait absolument manqué; le plus ordinairement, dans les cas dont je parle, elle a eu plutôt une durée éphémère de quelques heures, d'un ou de deux jours, puis elle s'est éteinte tandis que l'état local persistait au même point et gagnait même parfois en étendue. »

Plus loin, en parcourant les différentes formes cliniques

de la pneumonie, Grisolle étudie bien, sous le nom de pneumonies périodiques, des pneumonies à type fébrile intermittent et rémittent. Mais pour lui, lorsque la pneumonie se montre avec le type des fièvres palustres, c'est qu'elle reconnaît pour cause la même infection miasmatique. « Dans ces cas, dit-il, les symptômes propres de la phlegmasie sont subordonnés pour ainsi dire au mouvement fébrile. La pneumonie devient une des formes de la fièvre pernicieuse. »

En l'absence de médication suffisante, ces cas-là sont d'un pronostic grave, tandis que nous verrons dans nos observations où il ne peut être question d'infection palustre, le pronostic être constamment bon et la guérison être la règle.

A propos des pneumonies apyrétiques, rappelons que M. le professeur Teissier, dans une communication à la Société nationale de médecine de Lyon, séance du 8 janvier 1894¹, sur les pyrexies apyrétiques, a cité un cas fort remarquable qu'il avait eu l'occasion d'observer récemment dans son service à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agissait d'une pneumonie, chez un adulte, ayant évolué pendant toute la durée du cycle fébrile habituel avec une température constamment basse et même subnormale (de 36,5 à 37,1). Ce n'est que le sixième jour, et au moment où les accidents locaux commencèrent à s'amender, que la terminaison s'accusa sous forme d'élévation de température. A partir du moment où la convalescence s'accrut d'une façon définitive, le thermomètre resta désormais au-dessus de 37 degrés.

¹ *Lyon médical*, 21 janvier 1894.

Roger¹ ne parle pas de ces températures anormales dans la pneumonie. Il insiste sur le haut degré que peut atteindre le thermomètre, et cela dès le début de la maladie, ce qui permet dans certains cas de faire le diagnostic entre une pneumonie et une fièvre typhoïde. « Dans la pneumonie franche primitive, la température reste exaltée six ou sept jours et plus, après lesquels vient la défervescence. Dans la bronchio-pneumonie au contraire la chaleur peut persister bien davantage, mais ce qui est caractéristique, c'est l'existence de rémissions et d'exacerbations successives. »

Wunderlich², à qui nous devons l'étude précise, à l'aide du thermomètre, de la marche de la fièvre dans la pneumonie, signale les divers types que l'on peut rencontrer dans l'évolution de cette phlegmasie.

Il étudie d'abord les cas rares où la pneumonie est tout à fait apyrétique; puis les cas de *fièvre éphémère acméiforme et prolongée* dans lesquels la température ne se maintient à son point culminant que quelques heures ou un jour avec début et défervescence brusques dans le premier cas, progressifs dans le second.

« Tous ces cas de fébricules, dit-il, tiennent à des processus locaux insignifiants. Ils correspondent aux infiltrations oedémateuses ou aux infiltrations très circonscrites.

« Mais la fièvre des pneumoniques présente encore, aussitôt qu'elle parvient à un plus haut degré de dévelop-

¹ H. Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, tome I, p. 353.

² Wunderlich, *De la température dans les maladies*, traduction de Labadie-Lagrave, 1872, p. 376.

pement, une particularité qui, il est vrai, se présente aussi dans d'autres formes morbides, mais beaucoup plus fréquemment dans la pneumonie que dans toute autre maladie. Cette particularité consiste dans les élévations brusques isolées et dans les abaissements thermiques intercurrents.

« Les élévations brusques, qui ne sont pour ainsi dire qu'une sorte d'éphémère acméenne interrompue, telle qu'elle se montre par moment à la période avancée de la convalescence du typhus abdominal, se présentent très fréquemment dans la pneumonie; et cela, non seulement après l'établissement définitif de la convalescence, mais encore plus souvent immédiatement après la défervescence, ou même au milieu de sa marche, qu'elles enrayent momentanément, enfin aussi dans le cours de la fièvre.

« Les abaissements thermiques intercurrents sont précisément l'inverse de ces élévations brusques. Presque dans toutes les formes de la pneumonie considérées dans leur cours, il peut arriver que le cycle thermique régulier soit brusquement interrompu par un abaissement profond contrastant nettement avec l'allure précédente et ultérieure de la température.

« Cet abaissement intercurrent se présente dans la plupart des cas de pneumonie, aussi bien légers que graves et même mortels.

« La chute se produit d'ailleurs avec une extrême rapidité et varie de $1^{\circ},5$ jusqu'à 4 degrés et même 5 degrés, la température s'approche plus ou moins de l'état normal, l'atteint fréquemment et le dépasse même quelquefois. Si l'abaissement est relativement faible ($1^{\circ},5$ à 2 degrés), il ne frappe l'attention que s'il vient s'intercaler

dans une marche essentiellement continue. En général, c'est l'abaissement intercurrent qui frappe le plus dans cette évolution morbide.

« Les bas degrés thermiques atteints ne se maintiennent d'ordinaire que pendant un temps très court; aussitôt après, la température remonte souvent à son élévation antérieure ou à un degré un peu moins élevé, mais souvent aussi à une hauteur plus considérable. Toute l'interruption ne dure d'ordinaire qu'une demi-journée et encore moins. Cependant, la chute thermique s'étend quelquefois aussi à une apyrexie intercalaire plus longue.

« L'abaissement thermique intercurrent peut se présenter à tout instant de la marche à partir du deuxième jour de la maladie jusqu'au dernier jour de la défervescence ou jusqu'à l'agonie. Le plus souvent, il ne se présente qu'une fois dans le cours de la maladie, mais parfois aussi deux ou trois fois.

« D'après ces différences, les abaissements intercurrents peuvent avoir aussi une signification variable, mais ils peuvent notamment modifier le caractère de la marche et donner ainsi lieu à de fausses interprétations.

« On conçoit que l'abaissement intercurrent fasse naître l'espoir de voir commencer la défervescence; si cet abaissement se produit très tôt, il peut faire croire que la pneumonie va se terminer à la première phase d'évolution. Mais la température remonte bientôt à son ancienne élévation, et on reconnaît alors que l'abaissement n'est qu'une pseudo-crise trompeuse n'ayant interrompu que momentanément le cours de la maladie qui, après cela reprend sa marche ordinaire. Mais il peut aussi se faire que la température, en remontant, ne revienne pas à son

ancienne élévation et qu'elle ne reprenne passagèrement une direction descendante. Dans ce cas, l'abaissement intercurrent sépare le fastigium en deux parties distinctes et peut même paraître être le début d'un amendement dans la marche.

« Dans les pneumonies de longue durée, c'est-à-dire dans celles qui dépassent une semaine, la pseudo-crise correspond assez souvent au septième jour, puis la marche peut continuer avec une grande violence et aboutir à la mort ou bien à l'abaissement intercurrent suivi de conditions plus favorables.

« Cet abaissement peut encore avec plus de sûreté être considéré comme un premier signe d'amélioration quand il se présente (ce qui arrive fréquemment, mais ne saurait être prévu) un jour avant la défervescence définitive. Dans ce cas, il est difficile de savoir si l'on doit déjà ranger le premier abaissement dans le processus de la défervescence et considérer la réascension suivante comme une simple interruption de la défervescence, ou bien si la maladie est encore dans sa période de fastigium.

« Si ces abaissements se répètent plusieurs fois, c'est une transition au type rémittent.

« Si un abaissement brusque revient plusieurs fois avec une grande régularité, la pneumonie revêt un véritable caractère intermittent.

« Si la répétition des abaissements successifs se fait d'une manière moins régulière, le cours de la maladie se rattache aux brusques variations de la fièvre pyémique.

« Si la température basse se maintient pendant longtemps et que la réascension ne se produise qu'après deux ou trois jours, on a la forme à rechutes et si, à cette occa-

sion la température normale n'avait pas été tout à fait atteinte, c'est la forme pneumonique à fastigium recrudescant. »

Après avoir ainsi décrit ces abaissements thermiques intercurrents, qui impriment à la fièvre des pneumoniques ses types divers suivant leur degré de répétition, de durée, de régularité, Wunderlich en recherche la raison. Mais en dehors des cas où on peut les attribuer, soit à une médication énergique, soit à une migration du processus local (pneumonies à foyers successifs), dans beaucoup d'autres cas on ne trouve pas d'explication et, dit-il, « on doit présumer que ce cycle thermique extrêmement fréquent dans la pneumonie est en général propre à cette maladie; et d'après cela on conçoit que même des actions thérapeutiques peu actives dans d'autres maladies produisent précisément dans la pneumonie, déjà prédisposée par elle-même à ces interruptions, l'abaissement intercurrent ».

La distinction entre un abaissement thermique intercurrent ou pseudo-crise et la crise véritable est très difficile et parfois impossible. D'après Wunderlich on pourra présumer avoir affaire à une pseudo-crise, si elle arrive de très bonne heure d'une façon tout à fait inopinée et non en rapport avec les autres phénomènes accusés par le malade; enfin si l'on peut la rattacher nettement à une action thérapeutique.

Wunderlich passe alors en revue les divers types de fièvre pneumonique. D'abord le type continu ou sous-continu, type classique de la pneumonie primitive, lobaire fibrineuse. Mais ce type n'est pas toujours parfait. « Tantôt au commencement, tantôt à la fin, tantôt même au

milieu de son cours, la marche thermique présente des écarts plus ou moins considérables...

« Tantôt la température se maintient à des degrés plus bas que cela n'a lieu dans les pneumonies bien développées, tantôt elle se rapproche du type rémittent par des fluctuations considérables, ou bien du type intermittent ou récurrent par de profondes descentes thermiques. »

La forme rémittente appartient de préférence aux pneumonies des bronchitiques, des grippés, des sujets atteints de rougeole, de coqueluche. Mais on peut la voir aussi dans des cas « où l'on ne saurait démontrer ni avant ni pendant la pneumonie la plus légère affection bronchique. Chez les enfants et les vieillards, les formes rémittentes de la fièvre sont particulièrement fréquentes dans la pneumonie. A certaines époques, les pneumonies, ont de la tendance à suivre une marche rémittente. »

La marche récurrente (pneumonie à rechutes) est une forme de transition et enfin la forme intermittente dans laquelle l'apyrexie et l'accès alternent dans un rythme régulier.

Dans le *traité des maladies des enfants*, du professeur Gerhardt, nous voyons le professeur Thomas, dans son article sur la pneumonie croupale (fibrineuse), insister sur les anomalies que peut présenter l'évolution de la fièvre dans cette maladie.

Après avoir décrit le début brusque de la fièvre et le mode continu qu'elle présente ordinairement, il s'exprime ainsi :

« Le cours régulier de la fièvre, dans le stade d'acmé de la pneumonie, subit assez souvent une interruption, soit par de fortes élévations intercurrentes, soit spécialement par des abaissements de même nature.

« Les plus hautes températures sont atteintes en général une seule fois, tantôt de préférence au commencement de la maladie, tantôt vers la fin, mais le plus souvent vers le milieu du stade d'acmé. Rarement ces chiffres élevés sont atteints plus d'une fois. Quelquefois il survient une énorme élévation de température qui contraste entièrement avec le reste du cours de la fièvre, précisément à la fin du stade initial et surtout après un frisson intense ou un accès convulsif. Cette soudaine élévation de température peut apparaître à une époque plus avancée, spécialement peu avant la crise qu'elle peut précéder immédiatement. On lui donne alors le nom de *perturbatio critica*, et elle est en général de courte durée.

« Mais le plus souvent l'acmé de la température qui, du reste n'est très prononcé que dans les cas graves, se révèle entre le troisième et le cinquième jour sous forme d'une élévation durable et plus considérable caractérisée par une absence plus ou moins complète de rémissions.

Après avoir cherché et discuté les causes possibles de ces élévations thermiques anormales, le professeur Thomas ajoute :

« Non moins intéressant et important en pratique est le fait que, dans beaucoup de cas, durant la fièvre continue de la pneumonie croupale, le plus souvent au lieu de la rémission normale du matin, on constate d'une manière inattendue, de brefs, mais profonds abaissements de la température qui, descendant presque à la normale, ou l'effleurant, ou même quelquefois descendant au-dessous de la normale donnent l'impression, que le cours de la fièvre est coupé et qu'il s'agit vraiment d'une crise terminale.

« Mais quelques heures se sont à peine écoulées que la température s'élève de nouveau et remonte assez rapidement à son degré primitif. On observe rarement une légère sensation de froid ou quelques mouvements convulsifs coïncidant avec cette nouvelle élévation thermique.

« De tels abaissements thermiques dans le cours de la fièvre se nomment *pseudo-crisés* ou *crises apparentes*. Quand ils se produisent, ce n'est le plus souvent qu'une seule fois, rarement deux ou plusieurs jours de suite. Dans ce dernier cas, la marche de la température se rapproche beaucoup du type de la fièvre intermittente qui existe dans son mode le plus net, dans la fièvre palustre. Elle s'en distingue cependant suffisamment par la moindre élévation des degrés atteints par la fièvre, et par ce fait que la température croît et décroît plus lentement et non par paroxysmes. Du reste, un type fébrile de ce genre peut exister dans la pneumonie, en dehors de toute influence de malaria.

« Mais plus souvent, la pseudo-crise n'est que rudimentaire, c'est-à-dire qu'elle est constituée simplement par une ou plusieurs rémissions plus prononcées que d'ordinaire, qui ne font qu'abaisser la température jusqu'à un degré de fièvre modérée, mais non pas jusqu'à la normale. De telles rémissions peuvent encore apparaître à côté d'une véritable *intermission* plus ou moins tardivement.

« Elles se rencontrent tantôt au commencement, tantôt vers la fin de la pneumonie.

« En général, le développement du processus local est un peu retardé par les pseudo-crisés initiales. Celles-ci ne produisent pas nécessairement une modification du type de la fièvre dans la période consécutive de la maladie

en ce sens que les exacerbations et les rémissions suivantes devraient continuer sur le type de celles de la pseudo-crise précédente.

« L'apparition de ces rémissions considérables ne prouve rien par elle-même, au point de vue de la production prochaine de la crise, et elles ne peuvent avoir, à un certain point, de valeur décisive que par le fait que ces rémissions intercurrentes de la température sont un peu plus fréquentes vers la fin de la période fébrile de la pneumonie croupale qu'au commencement.

« Quoi qu'il en soit, la pneumonie croupale pendant le stade d'acmé, soit jusque vers le quatrième ou cinquième jour, et dans les cas les plus graves jusqu'à la moitié de la seconde semaine, montre très souvent une marche thermique avec exacerbations et rémissions régulières, d'une égale intensité, mais cependant pas d'une manière aussi uniforme que dans le typhus normal. Dans d'autres cas, au contraire, s'accroît une tendance modérée à l'exagération d'intensité de chacune de ces exacerbations et de ces rémissions. Quelquefois enfin on peut voir une marche intermittente.

« Si dans quelques circonstances, même immédiatement avant la crise, il n'y a probablement rien qui annonce le changement imminent et complet de la marche de la fièvre, dans d'autres cas au contraire, cette période est précédée d'une ou de plusieurs rémissions considérables ou pseudo-crisis, avec ou sans diminution de l'intensité des exacerbations. Bref, il y a une diminution préparatoire de la température qui, dans les cas les plus simples, conduit directement à la crise après une rémission considérable. Enfin la crise peut être précédée encore, et cela à

tous les degrés possibles de la fièvre, d'une augmentation positive de la température sous forme de ce que nous avons appelé *perturbatio critica* ou plus exactement *præcritica*.

Lorain¹ qui rappelle les travaux de Wunderlich et de Thomas, donne un certain nombre d'observations accompagnées de graphiques où sont relevés la température et l'état du pouls mis en parallèle. Parmi ces quinze observations que nous avons parcourues, il en est une dont le graphique donne, dans le cours de la fièvre, une fausse défervescence de 1°,5 (la température tombe de 40 à 38°,5) et d'une durée de quelques heures. Il est à remarquer qu'avec cet abaissement thermique intercurrent ne coïncide aucun abaissement du tracé du pouls.

Rilliet et Barthez², d'Espine et Picot³ ne parlent que d'une légère rémission qui se produit souvent dans la pneumonie des enfants, vers le troisième jour de son évolution.

H. Barth⁴ décrit la marche de la température dans la pneumonie, marche absolument typique et qui sert, dit-il, beaucoup au diagnostic.

« Quand la fièvre atteint son acmé, elle varie peu. Il y a, comme nous venons de le dire, une légère rémission

¹ Lorain, *De la température du corps humain*, tome II.

² Rilliet et Barthez, *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*.

³ D'Espine et Picot, *Manuel pratique des maladies de l'enfance*.

⁴ Barth, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. PNEUMONIE.

dans la matinée, mais en somme, les oscillations diurnes ne dépassent guère l'amplitude d'un demi-degré. »

Pour cet auteur, quand il y a des ascensions secondaires c'est presque toujours par le fait de quelque complication.

Il cite enfin les anomalies que l'on peut rencontrer dans l'évolution de la fièvre. Ce sont les pneumonies apyrétiques ou à peu près des cachectiques ; les pneumonies des bronchitiques dans lesquelles on a une marche moins régulière, des températures vespérales élevées, mais des remissions matutinales très considérables et une série d'oscillations très capricieuses ; la pneumonie dans la grippe qui peut affecter le type fébrile rémittent ; enfin, les pseudo-pneumonies spécifiques, parmi lesquelles la pneumonie palustre où l'on voit le type intermittent.

M. le professeur Lépine¹ signale les abaissements thermiques : « C'est surtout chez l'enfant, dit-il, qu'on a signalé la possibilité de remissions survenant surtout le matin, irrégulièrement d'ailleurs, et tellement prononcées que lorsque l'une d'elles survient le matin du quatrième ou du cinquième jour, par exemple, on peut croire à une défervescence précoce. On leur a donné le nom de remissions pseudo critiques. »

Et plus loin, étudiant les variétés de marche de la fièvre dans la pneumonie, il ajoute : « Les seules pneumonies dont l'évolution se fasse d'une manière périodique sont les pneumonies développées sous l'influence de l'intoxication paludéenne. »

¹ Lépine, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. PNEUMONIE.

Jaccoud, dans ses cliniques de 1866, parle d'une fausse défervescence que l'on observe parfois dans le cours de la pneumonie et dont il est bon d'être prévenu afin d'éviter une erreur de pronostic. Cette fausse défervescence survient en dehors de toute action thérapeutique, sans phénomène pathologique insolite, dépasse de beaucoup les rémissions quotidiennes des jours précédents ; mais elle est bientôt suivie d'un relèvement de la température au niveau primitif ou même plus haut. « Il est à remarquer, ajoute-t-il, que cette défervescence illusoire ou fausse crise n'est accompagnée d'aucune amélioration dans l'état du malade. »

En 1887, Jaccoud consacre de nouveau une leçon¹ à l'étude de ces pneumonies à fausse crise qu'il appelle des *pneumonies à reprises*.

« Ce sont, dit-il, des pneumonies anormales, et l'anomalie consiste en ce que l'évolution, au lieu d'être continue et d'une seule traite, se fait en deux, quelquefois en trois étapes avec des intervalles d'apyrexie. Toutefois, la durée de la maladie reste la même.

« Le début est celui de la pneumonie franche ; les symptômes généraux et locaux sont tout à fait normaux et les choses vont ainsi en progressant pendant trois, quatre, cinq ou six jours ; puis, survient une défervescence complète avec tout l'ensemble des phénomènes critiques. L'apyrexie et l'euphorie durent vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, puis la fièvre reprend, s'élève rapidement aux chiffres du début. Pendant l'apyrexie, la lésion ne reste pas stationnaire ; elle progresse.

¹ Jaccoud, *Cliniques de la Pitié*, 1886, 1887, page 184.

« J'ajoute, pour prévenir l'équivoque, que la reprise n'est point associée à une extension ou à un déplacement de la lésion ; celle-ci suit son cours dans le foyer où elle est tout d'abord apparue et elle n'en dépasse pas les limites. »

En 1889, M. le Dr Bertrand publiait dans la *Revue de médecine*¹ deux observations intéressantes que nous allons résumer :

Première observation. — Marin de vingt ans, habitus tuberculeux. Malade depuis trois ou quatre jours. Courbatures. Anorexie.

A l'entrée (le 26...), toux, crachats rouillés, matité. Exagération des vibrations thoraciques, expiration soufflante dans la fosse sus-épineuse. Température 39°,3.

Le lendemain 27, le malade se sent mieux quoique les signes physiques restent les mêmes. T. = matin 37°,7 ; soir 37°,2.

Le 28, nuit mauvaise, dyspnée très forte, crachats rouillés, céphalalgie. T. = matin 39°,5 ; soir 40°,2.

Le 29, T. = matin 40°,2 ; soir 39 degrés.

Le 30, T. = matin 37°,4 ; soir 37°,3.

L'apyrexie se maintient. Guérison.

Nous voyons dans cette observation, une fausse défervescence se produire au quatrième ou cinquième jour, avec amélioration des symptômes subjectifs, mais persistance sans changement des signes physiques.

Deuxième observation. — Marin de vingt et un ans. Entré le 7.... Malade depuis deux jours. A eu un frisson

¹ Bertrand, *Revue de médecine*, page 561.

violent. Point de côté à droite. Pommette droite colorée. Toux, crachats gommeux. Matité. Vibrations thoraciques exagérées, râles crépitants. Expiration soufflante en arrière dans le tiers supérieur du poumon. Température 40°,7.

Le 8 : T. = matin, 37°,3, soir, 37°,2.

Le 9 : Dyspnée, douleur vive sous le mamelon. Crachats rouillés. Souffle intense au sommet droit. T. = matin, 39°,5, soir, 38°,8.

Le 10 : T. = matin, 40°,2, soir, 39°,8.

Le 11 : T. = matin, 36°,9. La dyspnée a cessé. Crachats sucre de pomme. Soir : 39°,8, sans aucun signe nouveau.

Le 12 : T. = matin, 38° soir, 37°,8.

Le 13 : T. = — 37°,9, — 37°,1.

Le 14 : T. = — 36°,9, — 37°.

Ici, nous voyons deux fausses défervescences se succéder à trois jours d'intervalle.

M. Bertrand fait suivre ces observations des réflexions suivantes :

« Ces deux pneumonies sont semblables. Ce sont des pneumonies à poussées successives. Elles n'ont pas été influencées par le traitement qui a consisté en bouillon, vin, ventouses sèches et potions au kermès pour l'une, à l'ipéca pour l'autre. C'est l'expectation pure et simple. »

M. Bertrand distingue ces pneumonies des pneumonies à *foyers successifs*. (Dans ces deux observations, le foyer ne s'est pas déplacé.) Et il constate ensuite qu'elles sont indépendantes de toute influence palustre.

Nous trouvons encore ces abaissements thermiques intercurrents signalés et étudiés par Comte¹ dans sa thèse sur

¹ Comte, thèse de Paris, 1892.

les fausses défervescences dans la pneumonie franche. Il cite un grand nombre d'observations de pneumonies ayant présenté dans leur évolution une ou plusieurs fausses défervescences. Beaucoup portent sur des enfants.

M. Comte remarque, en outre, que les urines de ces fausses défervescences ne présentent pas les caractères des urines de la défervescence définitive, mais conservent au contraire ceux de la période fébrile : Urines rares, très acides, rouge foncé, très denses avec sédiment rougeâtre, résidu solide augmenté, sels et surtout chlorures fortement diminués. Or, dans la défervescence vraie, les urines deviennent plus abondantes, leur réaction est moins acide ; les matières organiques et les matières extractives diminuent, tandis que les matières inorganiques et les chlorures en particulier présentent une augmentation.

Enfin tout récemment, Boulay¹ a insisté sur les anomalies que peut présenter le type fébrile dans la pneumonie et sur le caractère intermittent ou rémittent qu'il peut prendre.

« Dans la pneumonie, dit-il, la fièvre habituellement affecte le type continu. Mais ce n'est pas le seul mode selon lequel elle évolue. Par exception, et en dehors de toute influence paludéenne, on la voit prendre le type intermittent ou rémittent.

« Dans le premier cas, la pneumonie présente un début normal. Pendant les deux ou trois premiers jours, on ne note rien de spécial. Les signes locaux sont ceux de la pneumonie au premier degré et l'on croit assister à l'évolution d'une pneumonie vulgaire, lorsque subitement du

¹ Boulay, *La Pneumonie lobaire aiguë*, 2^e vol, p. 83.

deuxième jour au troisième ou du troisième au quatrième, la température tombe à la normale ou presque à la normale.

« La chute de la fièvre est accompagnée de phénomènes critiques ; avec elle coïncide une détente complète des troubles fonctionnels. En présence de cette défervescence en apparence légitime, on est autorisé à croire à une pneumonie abortive et, n'était la persistance des signes physiques, on jugerait le malade guéri.

« Mais à peine douze ou vingt-quatre heures se sont-elles écoulées, que soudainement la température remonte ; elle atteint de nouveau le degré qu'elle avait au début. Avec la fièvre reparaissent la dyspnée, le point de côté, l'expectoration rouillée. On ausculte de nouveau le malade et l'on constate que les lésions non seulement ne sont pas restées stationnaires pendant la courte période d'apyrexie, mais encore ont progressé. Ce sont maintenant des signes d'hépatisation que l'on perçoit. La maladie poursuit alors son cours selon le mode habituel. Elle aboutit à une défervescence définitive, ou bien, avant de prendre fin, elle présente un épisode semblable au précédent.

« Mais, en général, la durée du processus ne dépasse pas sept à neuf jours ; suivant les cas, la courbe thermométrique accuse un ou plusieurs accès.

« La guérison est la règle.

« C'est la pneumonie à *reprises* de Jaccoud ou bien encore à *poussées successives* de Bertrand.

« Elle diffère de la pneumonie à foyers successifs, car dans le cas présent, la lésion pulmonaire est fixe. Elle évolue dans le foyer même où elle est apparue sans en dépasser les limites. La reprise n'est associée ni à une extension ni à un déplacement de la lésion.

« Quant à distinguer cette variété de pneumonie des pneumonies paludéennes ou des pneumonies associées à l'impaludisme, la chose est presque impossible en l'absence des données étiologiques. La courbe thermique est identique dans les deux cas, l'évolution des signes physiques et fonctionnels est la même. Dans les deux cas, il peut y avoir des poussées d'herpès. Peut-être la guérison d'une pneumonie à reprises sans l'intervention du sulfate de quinine témoignerait en faveur de la nature non paludéenne.

« Dans la forme rémittente, la marche est encore paroxystique ; chaque exacerbation fébrile amène une recrudescence des troubles fonctionnels ; mais la température ne redevient pas tout à fait normale dans l'intervalle des accès.

« Dans ces conditions, on peut être amené à penser à la fièvre rémittente pneumonique malarienne. C'est le diagnostic qu'on porterait immédiatement dans un pays à malaria. Et cependant cette forme peut, comme la précédente, être absolument indépendante de toute influence palustre, car on en a observé des épidémies dans des pays indemnes d'infection malarienne.

« On conçoit à quelles erreurs de diagnostic et surtout de pronostic exposent ces anomalies du type fébrile. Comme le fait remarquer M. Jaccoud, s'il ignore cette forme spéciale de la maladie, le médecin annoncera la guérison lorsqu'il observera au troisième ou au quatrième jour une défervescence plus ou moins complète. Mais de nouvelles exacerbations fébriles viendront bientôt démentir son jugement précipité. »

Nous voyons que, parmi les auteurs que nous venons de passer en revue, presque tous font allusion à la possibilité

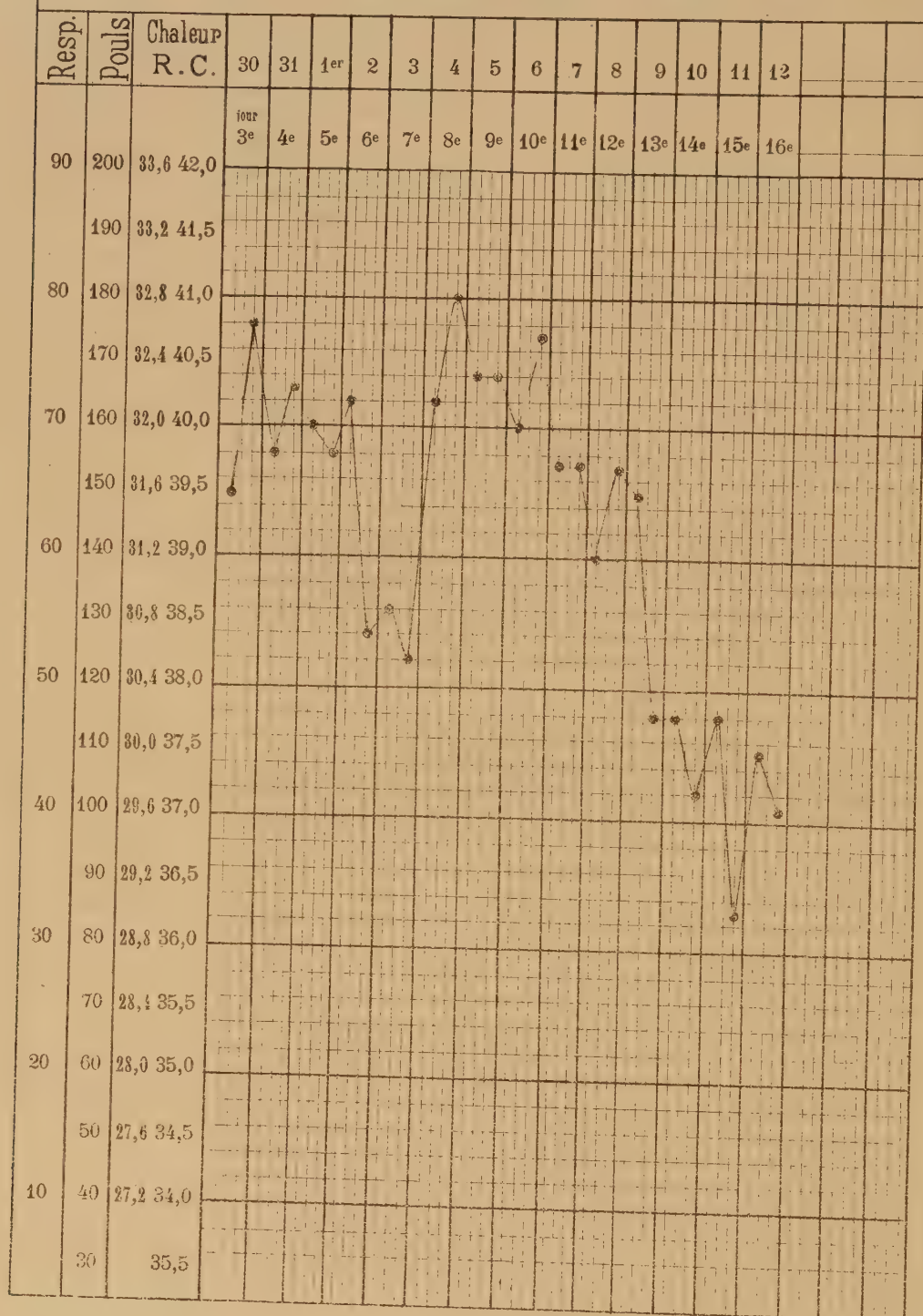
d'anomalies pouvant venir interrompre le cycle fébrile classique de la pneumonie fibrineuse, et cela surtout chez les enfants.

Les uns ne signalent que la légère rémission qui peut survenir au troisième jour. Les autres insistent sur les abaissements thermiques allant jusqu'à l'apyrexie, pouvant en imposer pour une crise véritable et appelés pour cette raison *pseudocritiques*. Mais, en somme, il n'est question que d'abaissements thermiques isolés ou pouvant se répéter deux ou trois fois, et quoique plusieurs auteurs disent très nettement que la fièvre dans la pneumonie peut revêtir le type rémittent ou intermittent, nous n'avons trouvé dans aucun d'eux une observation ou un tracé où le type intermittent soit réalisé d'une manière aussi nette et aussi complète que dans les observations IV, V et VI que nous publions dans le chapitre suivant.

OBSERVATION I

Nom

Félix G... P..., âgé de 3 ans 1/2. Entré le 30 décembre 1893.



CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le Dr Colrat à la Charité
par M. Alex, interne du service.)

Félix G. P..., âgé de trois ans et demi. Entré à la Charité le
30 décembre 1893.

Père et mère bien portants.

L'enfant est rachitique, il a le chapelet costal, le ventre ballonné
pas de malformations des membres. Il a eu la rougeole l'année
dernière.

Depuis trois jours l'enfant tousse et a de la fièvre. A l'entrée, la
température est de 39°,5; la respiration est très accélérée.

A l'auscultation, on entend un souffle tubaire très fort et des
râles crépitants du côté droit à la base du poumon en avant de la
ligne axillaire. La matité en ce point fait suite à celle du foie. La
respiration est normale dans tout le reste du poumon.

Au cœur, souffle systolique intense médio-cardiaque.

Pas d'albumine dans les urines.

Constipation cédant à l'administration de lavements.

2 janvier. — La température qui s'était maintenue depuis l'entrée

du malade autour de 40 degrés est tombée ce soir à 38°,5. Amélioration notable. L'enfant respire régulièrement. A l'auscultation, on entend encore des râles sous-crépitaux et la respiration rude.

3 janvier. — T. matin 38°,6, soir 38°,2.

4 janvier. — La température remonte le matin à 40°,2, le soir à 41 degrés. Dyspnée considérable (50 respirations par minute.) A l'auscultation on entend le souffle tubaire et des râles sous-crépitaux dans tout le poumon droit surtout au sommet. Les signes d'auscultation sont les mêmes à la base que les jours précédents. Quelques râles disséminés dans le poumon gauche.

Traitement. — Siphon champanisé. Bain à 30 degrés de cinq minutes toutes les trois heures quand l'enfant a 40 degrés.

5 janvier. — Température matin et soir 40°,4.

Pouls matin 150, soir 180.

Respiration matin 60, soir 64.

6 janvier. — T. matin 40 degrés, soir 40°,8.

P. matin 160, soir 150.

R. matin 56, soir 60.

7 janvier. — T. matin et soir 39°,6.

P. soir 165.

R. soir 56.

8 janvier. — T. matin 39 degrés, soir 39°,6.

P. soir 160.

9 janvier. — T. matin 39°,5. Le soir la température redescend à 37°,8. L'état général qui était mauvais (anorexie, apathie, dyspnée) devient meilleur. La respiration est plus lente.

10 janvier. — T. matin 37°,8, soir 37°,2.

11 janvier. — T. matin 37°,8, soir 36°,4.

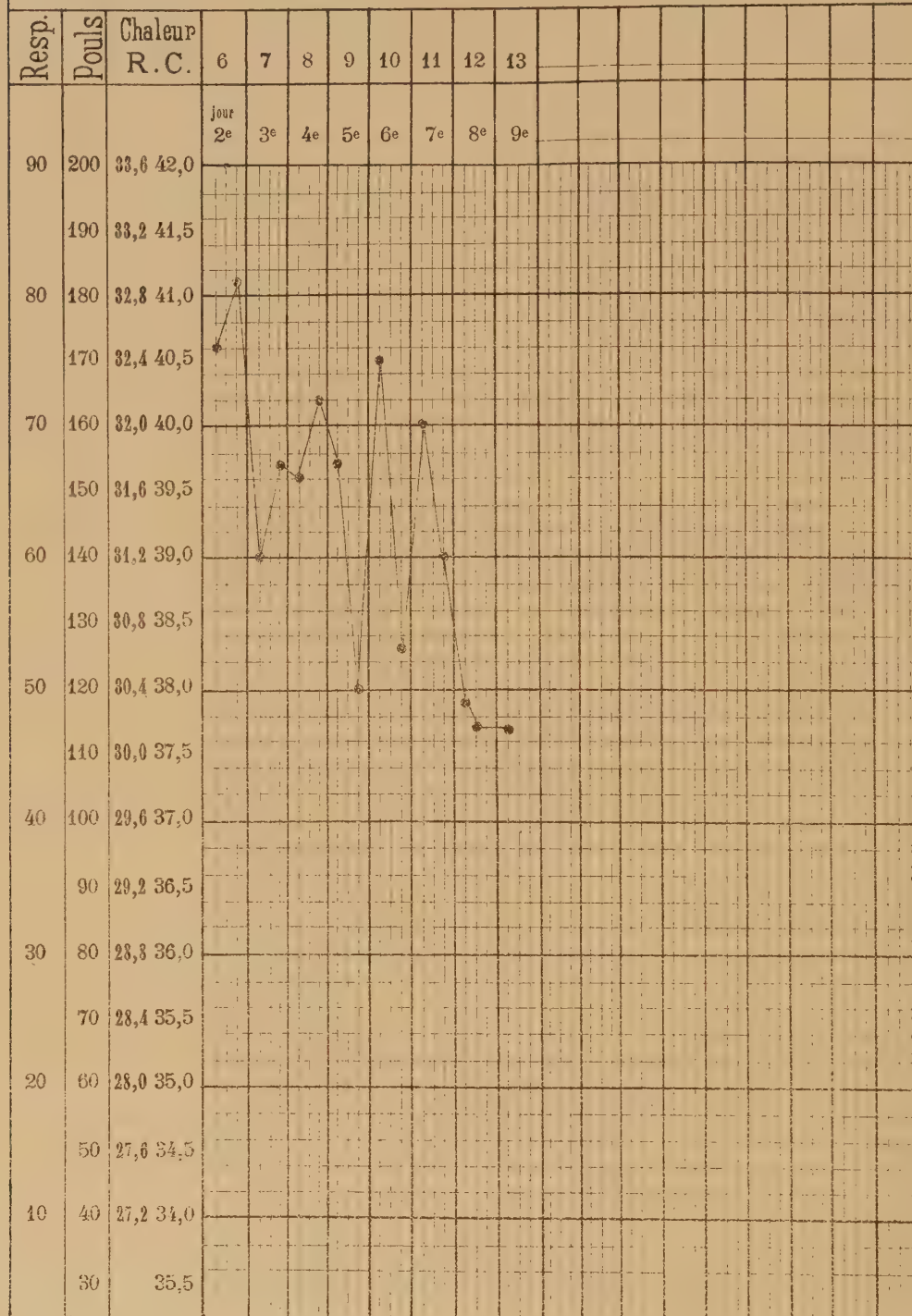
12 janvier. — T. matin 37°,5, soir 37°,1.

30 janvier. — Depuis la défervescence du 9 janvier la température n'a jamais atteint 38 degrés. L'état général est bon. Les signes physiques de pneumonie ont fait place à une respiration parfaitement normale.

L'enfant sort le 31 janvier.

OBSERVATION II

Nom Marius Ch..., âgé de 3 ans. Entré le 6 janvier 1894.



OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Dr Colrat à la Charité,
par M. Allex, interne du service.)

Marius Ch..., âgé de trois ans. Entré à la Charité le 6 janvier 1894.

Père et mère bien portants.

L'enfant est fort et bien constitué, il est intelligent et parle couramment.

La maladie a débuté la veille de son entrée par une crise convulsive.

A son entrée (6 janvier) on note de la dyspnée; 48 respirations par minute. Le pouls est à 125 et la température au voisinage de 41 degrés. A l'auscultation on ne peut découvrir rien de précis, mais seulement un peu d'obscurité de la respiration à la base gauche en arrière.

Rien du côté du tube digestif. Pas de constipation.

Pas d'albumine dans les urines.

Rien au cœur.

7 janvier. — La température est tombée à 39 degrés. A l'auscultation on entend à la base gauche en arrière et sur la ligne axillaire, un souffle tubaire intense avec des râles crépitants. Les vibrations thoraciques sont exagérées. Matité au même point. La dyspnée est aussi marquée que la veille. Le soir la température remonte à 39°,7.

8 janvier. — T. matin 39°,6, soir 40°,2.

9 janvier. — T. matin 39°,7, soir 38°.

10 janvier. — T. matin 40°,5, soir 38°,3.

11 janvier. — T. matin 40°, soir 39°.

Les signes d'auscultation sont toujours ceux de la pneumonie à la base gauche. Etat général assez bon.

12 janvier. — T. matin 37°,9, soir 37°,7.

13 janvier. — T. matin 37°,6.

16 janvier. — Depuis le 12 janvier la température n'est pas remontée. Amélioration notable. L'enfant s'est levé. On constate l'existence d'un léger épanchement pleural du côté gauche.

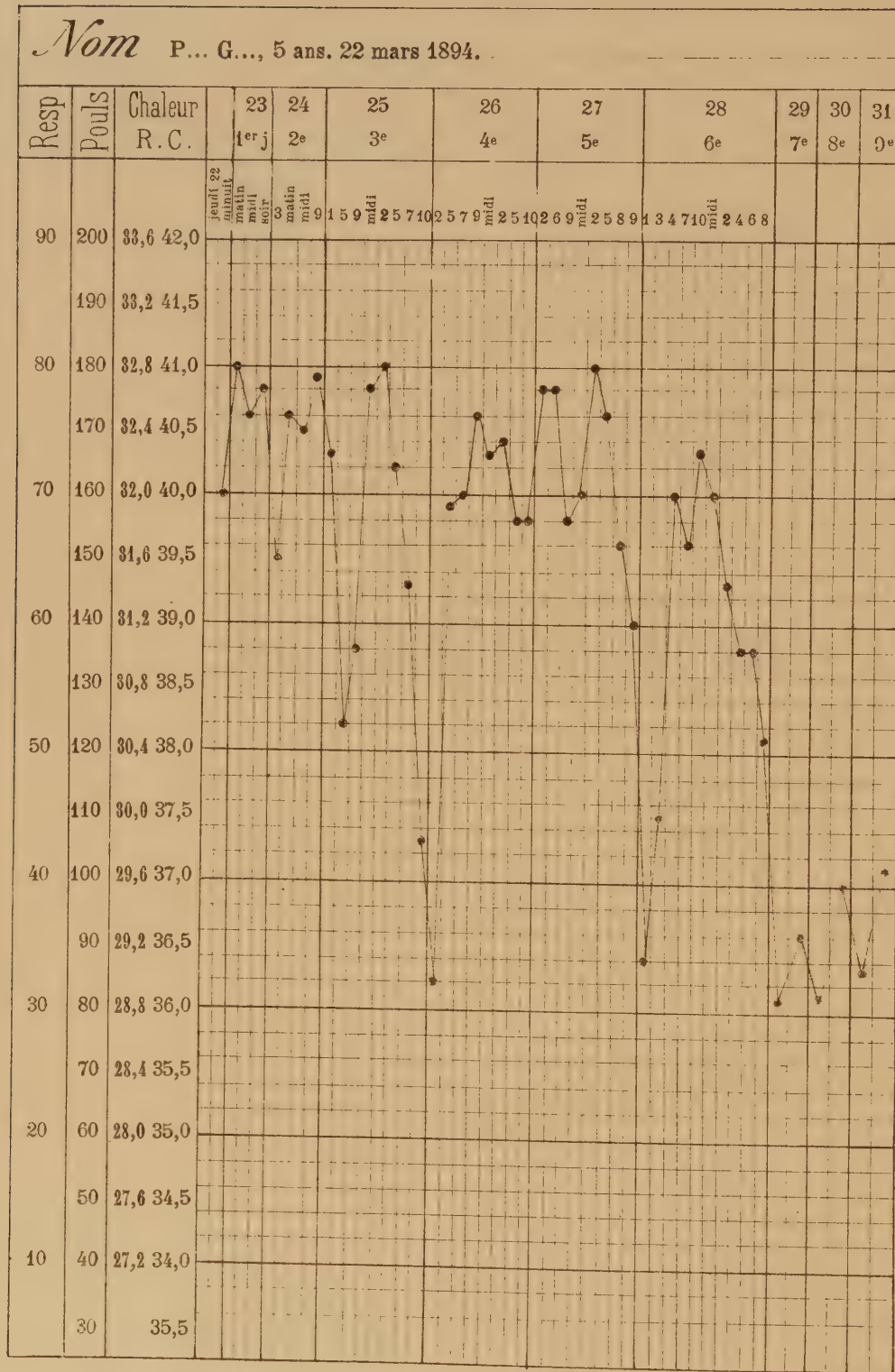
Les urines ne contiennent pas d'albumine.

A la palpation on sent la rate un peu plus volumineuse qu'à l'état normal. Les groupes ganglionnaires des aines, du cou sont indurés sans saillie notable des ganglions.

18 janvier. — On entend à la base gauche de l'égophonie et un souffle lointain. Matité à la base; râles nombreux dans toute la partie inférieure du poumon. L'état général reste bon; l'enfant continue à se lever et à marcher. L'appétit est conservé.

30 janvier. — L'enfant sort complètement guéri depuis plus d'une semaine. Les signes d'auscultation étaient devenus normaux.

OBSERVATION III



OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le D^r Leclerc.)

P... G..., âgé de cinq ans.

Début brusque. Dans la nuit du 22 au 23 mars, l'enfant est pris de vomissements avec douleur dans le ventre et fièvre intense. Il y a de l'agitation, de la loquacité, mais pas de délire.

L'enfant est constipé.

Les vomissements se répètent.

Le 24 au matin, la température atteint 41 degrés. M. le D^r Colrat, appelé, trouve de l'égophonie au sommet droit en arrière avec légère diminution du son au même niveau.

Le 25 la température qui s'était maintenue autour de 40 degrés descend brusquement entre 1 heure et 5 heures du matin à 38°,2, mais pour remonter aussitôt et atteindre vers 2 heures 41 degrés. Respiration soufflante au point précité.

La température baisse de nouveau brusquement et le 26 à 2 heures du matin elle est subnormale à 36°,2; mais il se produit une nouvelle ascension et à midi le thermomètre donne 40°,6. Ce jour là 26 mars on entend des râles crépitants rares en arrière et en avant.

La toux est fréquente. Pas de crachats.

Dans la soirée du 27, nouvelle défervescence mais encore suivie d'une réascension.

T. le 27, à 2 heures du soir 41 degrés.

T. le 28, à 1 heure du matin, 36°,4.

T. le même jour à 10 heures du matin, 40°,5.

Enfin le 28, dans l'après-midi défervescence brusque et cette fois définitive.

La résolution se fait rapidement.

L'enfant entre en pleine convalescence.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Colrat.)

B..., âgé de vingt-deux mois. L'enfant était enrhumé depuis quelques jours lorsque le 21 janvier, brusquement survient un accès de fièvre, la température est de $39^{\circ},9$. Le lendemain matin la température n'est pas prise, mais le soir, elle atteint $40^{\circ},7$. Le surlendemain au matin la température est revenue à la normale, mais pour remonter le soir à $40^{\circ},8$. Ce type intermittent se reproduit les jours suivants.

Dès les premiers jours on entend un souffle à la base du côté gauche, souffle inspiratoire et expiratoire avec égophonie et submatité.

Le 26 janvier, la défervescence du matin se maintient pendant le reste de la journée (T. soir, $36^{\circ},9$). Le 27, au matin l'apyrexie s'est encore maintenue, mais le soir, nouvelle ascension à $40^{\circ},6$.

Continuation des oscillations thermiques les jours suivants.

Devant la persistance de la température du soir, on pense à un épanchement purulent et on pratique deux ponctions exploratrices le 31 janvier. Ces deux ponctions restent blanches.

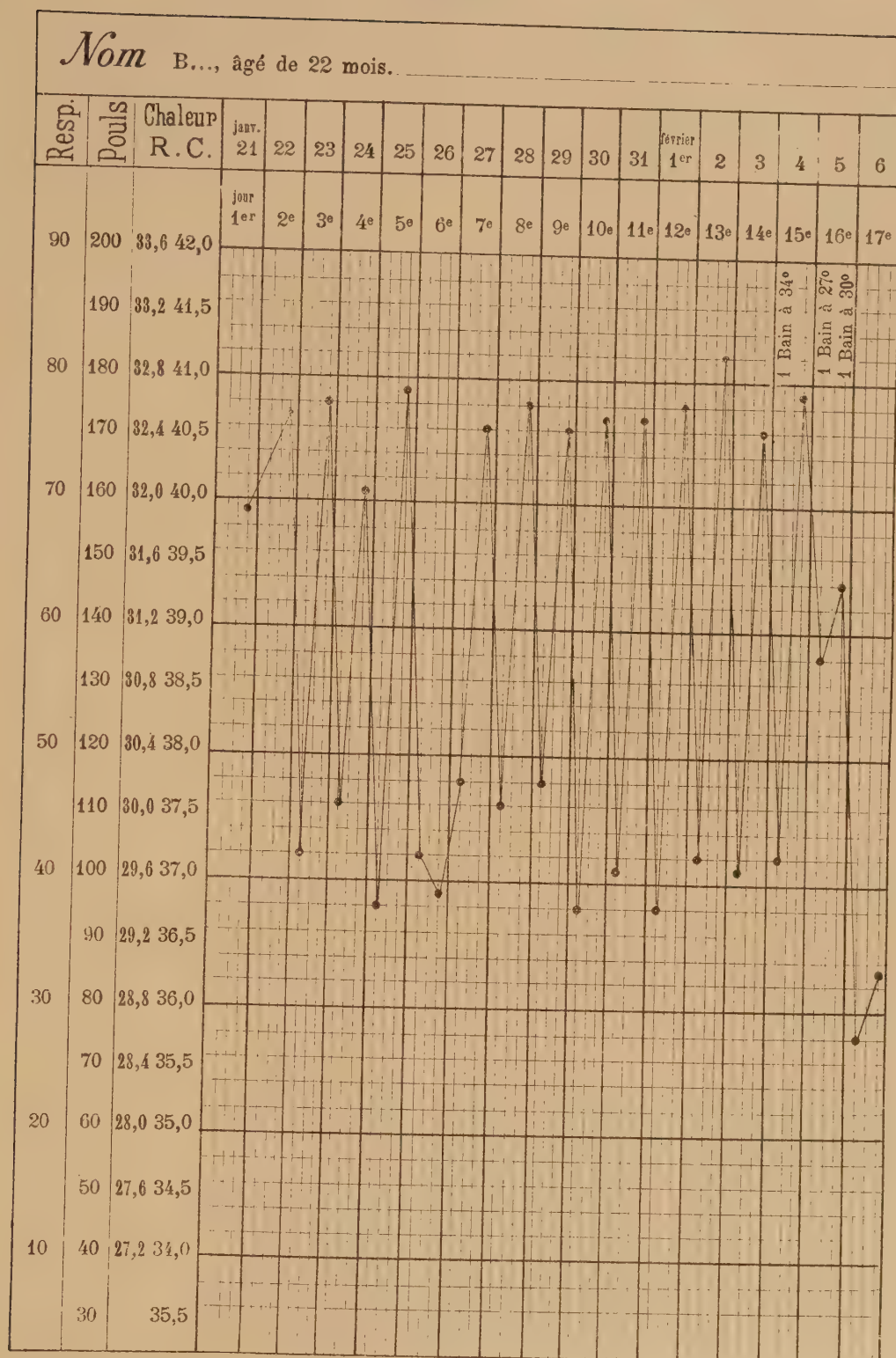
Le surlendemain, devant l'élévation de la température ($41^{\circ},2$) et l'agitation du malade on donne des bains tièdes (30 degrés environ) d'une durée de cinq minutes.

Enfin le 5 février, soit le seizième jour de la maladie, la température ne remonte qu'à $39^{\circ},4$ et le lendemain 6 février, la défervescence est complète et se maintient définitivement. L'enfant entre en convalescence.

Deux jours avant la défervescence herpès labial confluent.

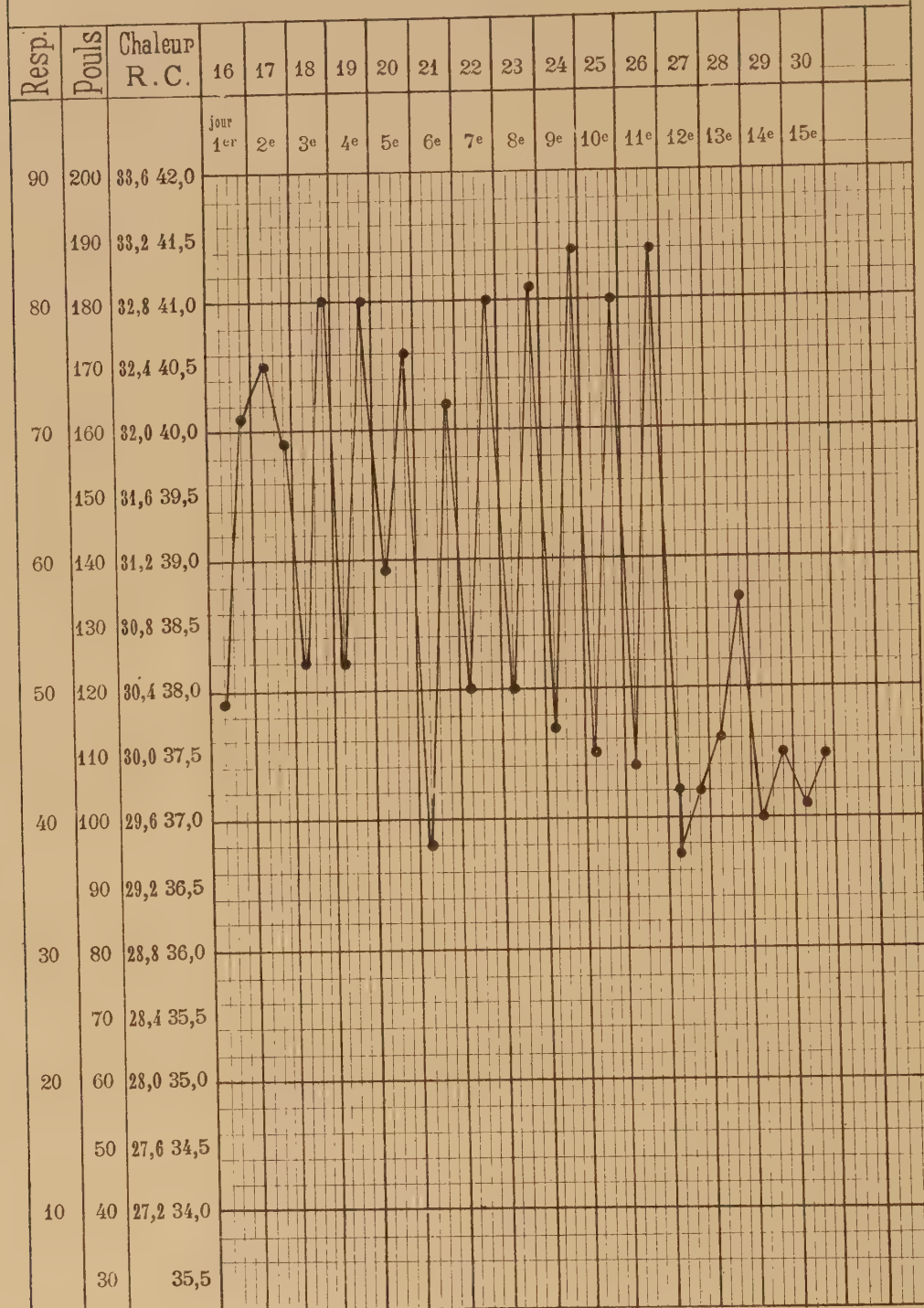
Chez cet enfant la fièvre débutait quelquefois à midi, mais le plus souvent vers 3 ou 4 heures et la température arrivait à son maximum entre huit et dix heures du soir.

OBSERVATION IV



OBSERVATION V

Nom H... B..., 20 mois (Décembre 1893.)



OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le D^r Colrat.)

H..., B..., âgé de vingt mois, prend froid en sortant le 15 décembre 1893. Vers le soir, sa joue droite se colore brusquement et, trois heures après avoir mangé, il vomit tout ce qu'il a pris. La nuit est mauvaise, agitée. La peau est brûlante et sèche. La température n'est pas prise à ce moment, mais dès le lendemain matin 9 heures, on trouve 38°5. Une heure après, l'enfant reprend sa gaité, la peau redevient fraîche et le thermomètre ne marque plus que 37°9.

La toux est rare et l'auscultation ne révèle rien d'anormal dans les poumons.

Ce même soir, 16 décembre, la température remonte : à 3 h. 1/2, 39°3 et à 6 h. 1/2, 40°1.

17 décembre. — A 9 heures du matin, T. 40°5.

11 heures, 40°2.

1 heure, 39°9.

La température ne remonte pas dans la soirée.

18 décembre. — A 9 heures du matin, 38°2.

11 heures, 41 degrés.

5 h. 1/2, 40°3.

Toujours rien à l'auscultation. Pas de dyspnée. L'état général est bon. L'enfant s'amuse dans les intervalles d'apyrexie et prend volontiers son lait. Dès que la fièvre atteint 40 degrés, il ne s'alimente plus, vomit ce qu'il prend et demande souvent à boire.

19 décembre. — T. matin, 38°2; soir, 41°. La toux augmente. Toujours rien à l'auscultation. On se croit néanmoins en présence d'une pneumonie centrale.

20 décembre. — T. matin, 38°9; soir, 40°6.

21 décembre. — L'enfant dort plus longtemps que de coutume.

A son réveil (9 heures), la température est descendue à 36°,8 et la défervescence semble définitive.

L'enfant s'amuse, veut marcher et il semble que tout soit fini, Mais à 6 heures du soir, il a de nouveau 39°,7 et à 10 h. 1/2 40°,2.

22 décembre. — T. matin, 38 ; soir, 41 degrés. On administre le drap mouillé à deux reprises dans la soirée. Après chaque application l'enfant se calme et s'endort.

23 décembre. — T. matin, 38 degrés ; soir, 41°,1. On entend enfin à l'auscultation (huitième jour de la maladie) un souffle très net dans l'aisselle droite et ne laissant aucun doute sur la nature de la maladie.

On fait deux applications de drap mouillé ; elles sont bien supportées et après la dernière l'enfant passe une assez bonne nuit. La quinine essayée en lavement n'est pas supportée.

24 décembre. — T. matin, 37°,7 ; soir, 41°,4. On fait encore deux maillots à quatre heures d'intervalle et le dernier est supporté pendant quarante minutes. On obtient peu d'abaissement de la température, mais l'agitation est calmée et l'enfant repose.

25 décembre. — T. matin, 37°,6 ; soir, 41 degrés. Deux applications de drap mouillé.

26 décembre. — T. matin, 38°,2.

4 heures, 37°,4.

10 heures, 41°,4.

Drap mouillé à ce moment et l'enfant passe une bonne nuit.

27 décembre. — 8 heures matin, 37°,8.

Midi, 36°,7

Soir, 37°,2.

La défervescence est définitive et l'enfant entre en convalescence. Le bruit de souffle est à peine perceptible.

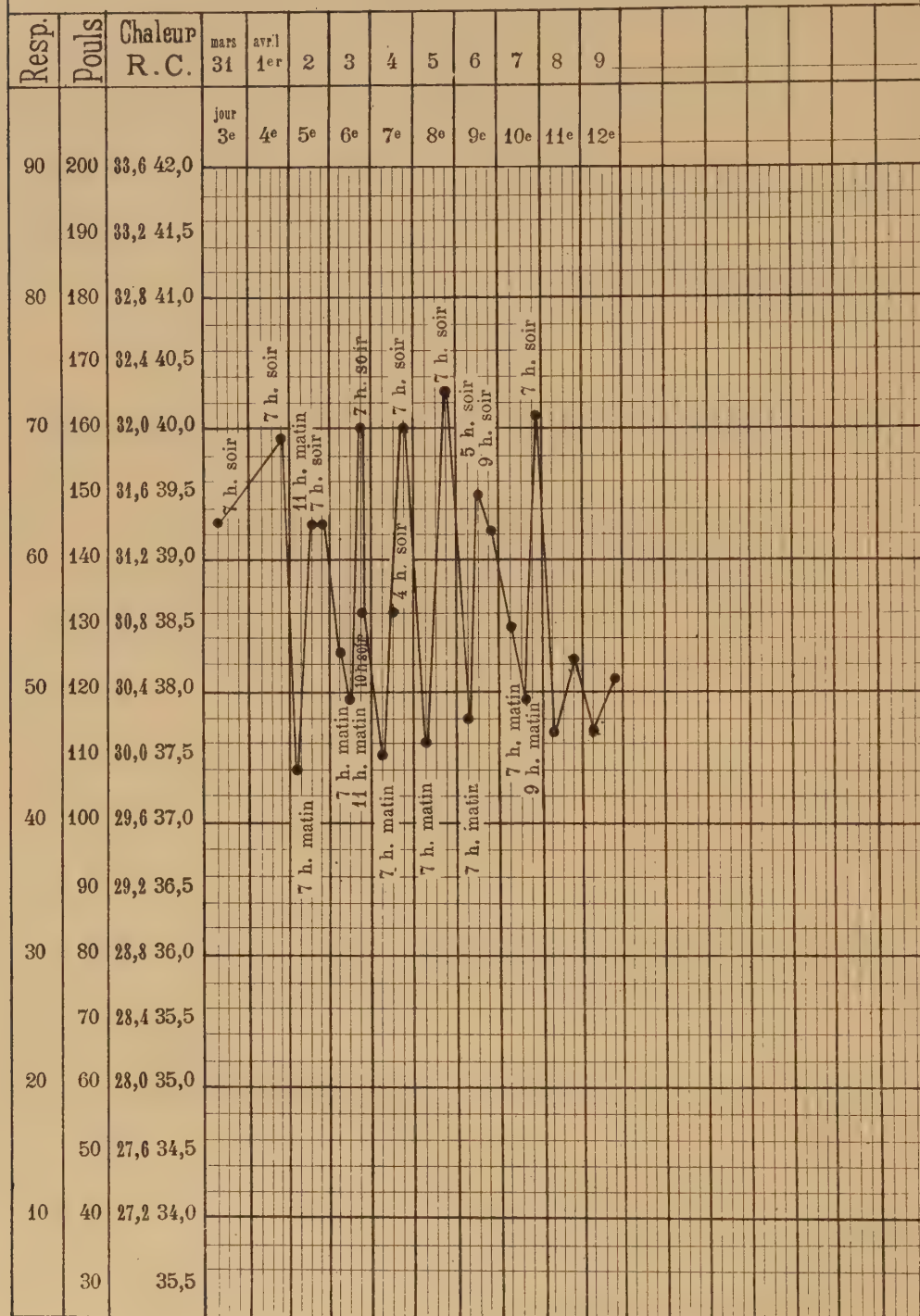
Le surlendemain, 29 décembre, petite rechute (38°,7) due probablement à ce que l'enfant est resté trop longtemps levé.

La fièvre ne se reproduit plus et le 31 décembre la guérison est complète.

L'enfant a pendant sa maladie de l'herpes labial.

OBSERVATION VI

Nom M... L..., 2 ans et 2 mois. (Mars 1894.)



OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Dr Colrat.)

M. L..., âgée de deux ans et deux mois. La maladie débute le jeudi 29 mars dans la nuit par des vomissements, de la toux et de l'oppression.

La température prise le surlendemain au soir est de 39°,3. Le lendemain 1^{er} avril, le thermomètre monte à 7 heures du soir à 39°,9 pour redescendre le 2 au matin à 37°,4, puis remonter dès 11 heures à 39°,3.

La dyspnée est le symptôme qui frappe tout d'abord. Mais cette dyspnée augmente le soir avec la température. Le nombre des respirations a été environ de 60 le matin et de 80 le soir.

Le pouls a oscillé entre 160 et 180.

Les trois jours suivants (3, 4 et 5 avril) la température continue à présenter des oscillations très étendues. Il y a apyrexie le matin et 40 degrés, ou plus, le soir.

C'est le 6 avril, soit le neuvième jour de la maladie seulement, qu'on a pu constater à l'auscultation du souffle expiratoire et de la bronchophonie avec exagération des vibrations thoraciques à la base gauche.

La toux est très fréquente

Il n'y a pas eu d'herpès, mais des ulcérations sur les lèvres provoquées par les tiraillements incessants de la petite malade.

Les jours suivants l'apyrexie a été complète et la convalescence a été rapide. La toux seule a persisté pendant une huitaine de jours.

CHAPITRE III

Discussion.

Le diagnostic de la pneumonie est loin d'être toujours facile chez les enfants. Les symptômes pathognomoniques font souvent défaut ou manquent totalement, comme les crachats rouillés par exemple. Très fréquemment aussi les signes d'auscultation n'apparaissent que tardivement.

Toutefois, dans la majorité des cas, au moins au bout d'un certain temps, après la constatation des signes stéthoscopiques, on peut porter, comme on dit, un diagnostic ferme que vient bientôt confirmer la défervescence critique.

Mais dans les cas que nous présentons, la marche de la température, au moins dans les observations IV, V et VI donne à la maladie une allure assez différente de ce que l'on observe d'habitude pour que l'on hésite à reconnaître une pneumonie fibrineuse.

Tout d'abord, on songe à la tuberculose, à la fièvre

intermittente, à une affection suppurée de la plèvre ou du poumon.

Nous devons d'abord écarter la tuberculose, car il est évident que, dans nos observations, il ne s'agissait pas de tubercules. Plusieurs enfants ont été atteints depuis assez longtemps, notamment le sujet de l'observation IV, pour que cette idée, que l'on peut avoir dans le courant de l'affection soit tout à fait abandonnée en raison du début brusque, de la courte durée de la maladie, de la défervescence critique et enfin du retour à la santé parfaite.

On doit éliminer de même la malaria. Aucun de nos petits malades n'a habité un pays marécageux; les accès ne se sont pas comportés comme des accès de fièvre intermittente. Il n'y a eu ni frisson, ni cyanose, parce que la température montait progressivement et lentement dans l'après-midi et non pas brusquement comme on le voit dans les accès de paludisme. Enfin le stade de sueurs faisait défaut. De plus, la quinine n'a eu aucun effet sur l'un de nos malades, qui en a pris de fortes doses. Or, c'est précisément celui dont la maladie a présenté le plus de durée.

En dernier lieu, dans les pneumonies dites intermittentes, on voit pendant les accès éclore des accidents pulmonaires ayant tous les caractères de la pneumonie : râles crépitants et sous-crépitan, souffle, submatité, élévation thermique considérable. Ces phénomènes se produisent soudainement et violemment, puis ils disparaissent aussi promptement pour reparaitre avec la périodicité qu'aurait montrée l'accès légitime. Or, nous n'avons rien observé de semblable chez nos malades. Les signes stéthoscopiques étaient constants chez ceux qui les présen-

taient dès le début, et dans deux cas, ces signes ne se sont montrés qu'à la fin de la maladie.

Le diagnostic avec une affection suppurée de la plèvre et du poumon peut présenter plus de difficultés, surtout pour la pleurésie purulente. Nous avons vu que dans un cas (observation IV) où le souffle siégeait à la base gauche, on avait fait une ponction exploratrice qui a démontré qu'il n'y avait pas de pus dans la plèvre. Dans les autres observations, le siège du souffle dans l'aisselle ou au sommet, ou son apparition tardive ont permis d'écarter dès le début l'idée d'une pleurésie purulente.

On aurait pu, en revanche, songer à des abcès pulmonaires ; mais c'est une affection si rare dans l'enfance que Rilliet et Barthez n'en parlent même pas. Hensch en cite deux cas ¹ observés par lui à la suite de pneumonie lobaire. Mais dans ces deux cas, la marche de l'affection primitive, c'est-à-dire de la pneumonie ne s'en est pas ressentie, et ce n'est qu'après la défervescence que sont survenus les accidents dus au développement des abcès. Nous devons ajouter que, chez nos malades, on n'a observé ni vomique, ni pus dans les selles, bien que l'attention ait été attirée sur ce point et qu'on les ait examinés dans cette intention.

Mais s'il est une affection qui puisse en imposer pour la pneumonie, c'est à coup sûr la bronchopneumonie, non pas les formes que l'on désigne sous le nom de bronchite capillaire, de spléno-pneumonie ou de broncho-pneumonie à noyaux disséminés ; nous voulons parler de la broncho-

¹ Hensch, *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, trad. du Dr Hendrix, 1885, p. 302.

pneumonie à noyaux confluents et plus spécialement de cette variété que Cadet de Gassicourt appelle la broncho-pneumonie confluente d'emblée et que l'on désigne aussi sous le nom de broncho-pneumonie pseudo-lobaire.

La broncho-pneumonie, en effet, se rencontre surtout chez les jeunes enfants ; « et quand ceux-ci ont moins de deux ans, écrit Parrot ¹, la question se trouve pour ainsi dire tranchée par ce seul fait. Je n'ose nier absolument les pneumonies lobaires fibrineuses au-dessous de deux ans, mais je n'en ai jamais vu. J'estime, jusqu'à nouvel ordre, que toute inflammation au-dessous de cet âge est catarrhale, en un mot, que c'est la pneumonie lobulaire. Mais des examens histologiques plus nombreux seront nécessaires pour émettre une affirmation absolue. »

Cette opinion n'est pas acceptée et avec juste raison, croyons-nous, par la plupart des auteurs. Descroizilles ² dit qu'on observe la pneumonie franche, lobaire, chez des enfants qui n'ont pas six mois. D'après Baginski ³ elle n'épargne aucun âge et s'observe même chez des nourrissons. La statistique d'Henoch ⁴ porte sur 44 cas, dont 10 concernaient des enfants âgés d'un an et demi à trois ans. Rilliet et Barthez ⁵, dans leur dernière

¹ Lettre à Cadet de Gassicourt, citée dans Joffroy, *Des différentes formes de la broncho-pneumonie*, th. d'agrég., Paris, 1880, p. 190.

² Descroizilles, *Manuel de path. et de clinique infantile*, p. 372, Paris, 1881.

³ Baginski, *Traité des maladies des enfants*, édit. française, t. II, p. 243, Paris, 1892.

⁴ Henoch, *loc. cit.*, p. 293.

⁵ Rilliet et Barthez, t. I^{er}, p. 754.

édition, discutent l'assertion de Parrot et de Cadet de Gassicourt : « Les enfants au-dessous de deux ans, disent-ils, sont rarement reçus à l'hôpital, mais la preuve clinique ne nous fait pas défaut. Nous avons observé en ville et même à l'hôpital un certain nombre d'enfants au-dessous de cet âge atteints de pneumonie siégeant au sommet, éclatant brusquement, présentant les signes stéthoscopiques de l'hépatisation lobaire, marchant rapidement et se terminant par la guérison ou par la mort au milieu de convulsions. »

Enfin, nous pouvons dire d'après nos Maîtres que la pneumonie lobaire n'est pas rare à Lyon et qu'ils l'ont observée chez des nourrissons et souvent chez des enfants d'un à deux ans.

La question de l'âge étant écartée, il nous reste à examiner la similitude que peuvent présenter les symptômes dans les deux affections.

Nous ferons remarquer tout d'abord qu'il est rare qu'un seul côté soit pris dans la broncho-pneumonie ou que, s'il n'y a qu'un côté où l'on observe l'hépatisation, on trouve toujours de l'autre côté, soit de la congestion, soit des noyaux isolés, en tout cas, des signes stéthoscopiques évidents et principalement des râles muqueux ou sous-crépitaux.

Mais, et c'est là le point important, la marche n'est plus la même dans les deux affections. Dans l'immense majorité des cas, le début de la broncho-pneumonie est lent, insidieux et progressif, tandis qu'il est brusque dans la pneumonie; si, par exception le début est brusque dans la forme pseudo-lobaire d'emblée, le tracé de la température dans le courant de l'affection peut bien présenter comme dans la pneumonie des rémissions légères seulement le

matin et se soutenir pendant un certain temps au-dessus de 39 degrés; mais dans presque tous les cas on voit de distance en distance, et survenant d'une façon irrégulière des ascensions brusques se produisant aussi bien le matin que le soir et persistant pendant un ou deux jours pour laisser ensuite la courbe thermométrique retomber à son niveau précédent ou se maintenir légèrement au-dessus.

Enfin, fait capital et qui a été mis en évidence par Ziemssen ¹, la marche traînante, la disparition lente de la fièvre, retardée par de petites exacerbations, la résolution paresseuse des condensations formées sont particulières à la forme catarrhale, c'est-à-dire à la broncho-pneumonie.

Or dans les observations que nous publions, nous constatons un début brusque, une défervescence non moins rapide, ce qui est tout à fait en dehors, comme nous venons de le voir, de ce que l'on a l'habitude d'observer dans les broncho-pneumonies. Enfin la marche régulière de la période d'état est en opposition avec l'irrégularité du mouvement fébrile de la broncho-pneumonie.

D'autre part, il y a lieu de se demander si ces tracés de température sont suffisants pour faire écarter l'idée qu'il s'agisse dans ces cas de pneumonie lobaire : Il est évident que si avec le début brusque et la défervescence critique, on avait observé pendant la période d'état un tracé en plateau ou avec des rémissions moins accentuées, on n'hésiterait pas à porter même chez de jeunes enfants le diagnostic de pneumonie. Le début marqué par des

¹ Ziemssen, *Pleuritis und Pneumonie im Kinderalter*, 1862, p. 216.

vomissements ou des convulsions, la lésion limitée à un seul côté, l'apparition tardive du souffle, la toux comme retenue par la douleur, enfin dans la plupart des observations, l'apparition de bulles d'herpès aux lèvres, sont des symptômes habituels de la pneumonie. De plus, dans un des cas que nous publions, on avait observé un autre cas de pneumonie dans la maison.

En ce qui concerne les observations I et III, on accepte couramment qu'il puisse y avoir dans le cours de la pneumonie un ou deux abaissements assez marqués pour faire penser à une crise. Ce sont ces abaissements thermiques que nous avons vu longuement étudiés par Wunderlich et que l'on a appelés pseudo-critiques.

Il s'agit de discuter les trois faits (observations IV, V et VI) où l'on a observé un tracé franchement intermittent. Nous avons vu plus haut que Wunderlich et Thomas les ont signalés dans la pneumonie.

Ce ne sont pas des faits nouveaux, mais seulement un peu exceptionnels. Or dans ces trois cas ce tracé intermittent doit-il à lui seul faire rejeter l'idée d'une pneumonie franche ?

Nous ne le pensons pas. Si en effet l'écart entre les maxima et les minima avait été moins grand, on ne discuterait pas, car tout le monde reconnaît que, dans la pneumonie comme dans la plupart des maladies fébriles, on observe d'habitude une rémission le matin et une exacerbation le soir. On pourrait donc dire qu'il s'agit simplement dans ces cas d'une exagération de ces rémissions, qui va jusqu'à l'apyrexie complète.

On trouve en effet des exemples analogues dans une affection que l'on a souvent comparée à la pneumonie,

nous voulons dire l'érysipèle ; et non pas l'érysipèle médical qui offre tant de variétés dans sa température et sa marche, mais l'érysipèle chirurgical. Stillé en effet signale dans l'*Encyclopédie chirurgicale* des rémissions qui dépassent 2 degrés et Volkmann (in *Pitha et Billroth*, t. II, p. 173) donne plusieurs tableaux représentant les diverses formes continue, rémittente et intermittente que peut prendre la fièvre dans l'érysipèle. On peut bien admettre, pensons-nous, qu'il en est de même dans la pneumonie.

Reste à examiner l'observation II, qui présente une particularité. On observe à la fin de la maladie un tracé intermittent, mais à type inverse. Ce fait éveille immédiatement l'idée de tuberculose, d'autant plus que nous constatons, huit jours après la défervescence, une pleurésie du côté gauche. Nous pensons toutefois que dans ce cas il s'agit bien d'une pneumonie franche et non pas d'une poussée tuberculeuse. En effet, le début est brusque et marqué par une convulsion, ce qui est tout à fait en dehors de ce qu'on voit dans les poussées tuberculeuses thoraciques. D'autre part, la défervescence est non moins brusque au lieu d'être traînante comme on l'observe dans ces formes de tuberculose. Enfin le petit malade en question a recouvré complètement la santé après ces deux affections et il est sorti de l'hôpital dans un état florissant.

On nous pardonnera cette longue discussion, mais c'est que le sujet, croyons-nous, en vaut la peine. Car si l'on se trouve en présence d'un de ces faits, on devra se rappeler que la pneumonie peut revêtir ces formes, avoir ces irrégularités thermiques et présenter cette forme intermittente qui peut en imposer et faire penser à d'autres

affections telles que la pleurésie, comme nous l'avons vu pour le tracé de l'observation IV, ou la tuberculose ou la bronchopneumonie, étant donné surtout l'âge peu avancé des malades. Or dans ces maladies, le pronostic est autrement grave que dans la pneumonie qui guérit presque toujours.

Il resterait à rechercher la cause de ces intermittences dans la température et à voir si elles sont dues à la nature de l'affection ou à l'âge des malades, car nous ne les avons observées que chez des enfants ; mais nous devons avouer que, sur ce point, nous n'aurions que des hypothèses à présenter, et nous ne pourrions que répéter les considérations que nous avons vus plus haut développées par Wunderlich.

CHAPITRE IV

Conclusions

Il existe chez les enfants des pneumonies fibrineuses présentant un type fébrile dont la courbe s'écarte du type ordinaire.

On peut observer des abaissements thermiques isolés ou peu nombreux interrompant brusquement la période d'état en l'absence de toute action thérapeutique et même des alternatives régulières de fièvre et d'apyrexie reproduisant absolument le type fébrile intermittent.

Ces pneumonies ne présentent du reste d'irrégulier que ce caractère; elles évoluent en effet comme les autres pneumonies et leur pronostic reste favorable.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

RENAUT.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

